MbcB73/8

Dott. ANGELO CHIASSERINI

# RISULTATI RECENTI E LONTANI DI GANGLIONECTOMIE LOMBARI ESEGUITE COME TRATTAMENTO DELLA TROMBOANGIOITE OBLITERANTE (T. A. O.).

Estratto dal BOLLETTINO E ATTI
DELLA R. ACCADEMIA MEDICA DI ROMA
Anno LXIX (1943) - Fasc. 5

BIBLIOTECA MEDICA STATALE ROMA

DITTA TIPOGRAFIA CUGGIANI
ROMA - VIA DELLA PACE, 35
1943

DOTT. ANGELO CHIASSERINI
CHIRURGO PRIMARIO — AGGREGATO CLINICO AL POLICLINICO UMBERTO I

# Risultati recenti e lontani di gangliectomie lombari eseguite come trattamento della tromboangioite obliterante (T. A. O.)

*Relazione alla Seduta del 28 maggio 1943*
*della Accademia Medica di Roma*

Durante gli ultimi dieci anni, in varie occasioni, ho avuto l'onore di intrattenere i Colleghi di questa Accademia sulle indicazioni ed i risultati della ganglionectomia cervico-toracica e lombare nel trattamento dei disturbi vascolari degli arti: morbo di Raynaud e t.a.o. E più volte ho dimostrato pazienti, che avevano subito tale cura chirurgica a distanza di tempo più o meno grande.

Non sarebbe quindi opportuno tornare *ex professo* su questo argomento, che è stato largamente trattato da me e dai miei assistenti, durante gli ultimi tredici anni.

La illustrazione di alcuni casi di t.a.o., che mi permetto di farvi in questa seduta, ha il solo scopo di illustrare alcuni punti della interessante questione della cura di così grave malattia quale è la t.a.o. Il paziente, che vi mostro per primo, ha subito delle simpatectomie lombari in un Istituto chirurgico di Roma, e successivamente l'amputazione bilaterale delle cosce al terzo medio.

È stato ricoverato, circa un mese fa, nel nostro Padiglione, per disturbi gravi a carico della mano sinistra il cui dito medio mostrava un processo gangrenoso nella sua parte distale. Assente la pulsazione della radiale. Dopo aver determinato il grado del fattore vasospastico, che risultò di 2 gradi, si procedette alla asportazione del 2° e 3° ganglio toracico sinistro per via dorsale. In seguito a questo intervento i dolori sono scomparsi, i disturbi trofici delle dita sono in via di regressione; la gangrena del medio si è nettamente limitata. L'aumento della temperatura della mano è di circa 2 gradi.

Se si volesse giudicare dei risultati della simpatectomia lombare da questo caso o da casi analoghi, basandoci soltanto sul criterio clinico e sulla sequenza degli avvenimenti, dovremmo esprimerci presso a poco così: t.a.o. grave degli arti inferiori; simpatectomia bilaterale; progressione della gangrena, che ha costretto i chirurgi ad una operazione demolitiva sulle cosce. Deduzione: il risultato della simpatectomia lombare, almeno nelle forme gravi della t.a.o., è negativo.

A noi sembra che un tale ragionamento, e le deduzioni, che ne derivano, non tenga conto di un presupposto (che è del resto fondamentale per ogni forma di terapia): quello delle indicazioni.

È cosa ben nota che la stenosi arteriosa ed arteriolare nella t.a.o. è nella maggior parte dei casi di tipo misto, cioè organica e spastica; e che nella attuale ignoranza degli elementi etiogenetici essenziali della malattia, pur non potendo fare una cura specifica, siamo in grado di modificare e anche di sopprimere il fattore vasospastico, che spesso aggrava e fa precipitare verso la gangrena il disturbo circolatorio dovuto alla stenosi organica. Nè vi ha dubbio che la più rapida e più sicura soppressione del vasospasmo si ottenga con una simpatectomia eseguita a livello delle catene laterali, in modo da eliminare completamente la innervazione vasocostrittrice di un dato arto. Ma è evidente che presupposto fondamentale per un tale intervento è la determinazione preoperatoria della esistenza di tale fattore spastico e della sua entità.

In questo stesso paziente, nel quale a distanza di qualche anno dagli interventi sugli arti inferiori, si è manifestata una sindrome ischemica grave a carico della mano sinistra, noi abbiamo potuto determinare, prima della ganglionectomia dorsale, la esistenza di un componente spastico di circa 2 gradi.

L'esito recente dello intervento ha confermato che questo componente, pur non essendo molto alto, doveva avere contribuito in modo notevole ad aggravare la sindrome di insufficienza circolatoria.

La necessità della determinazione « dell'indice di vasodilatazione » non significa che il criterio clinico debba essere trascurato. Tutt'altro: si tratta di elementi, che si completano a vicenda, e su ciò abbiamo avuto occasione di insistere in molti dei nostri lavori.

Altri elementi, di cui bisogna tener conto, quando si voglia giudicare dell'esito di una ganglionectomia sono: *a*) la completezza della enervazione simpatica; *b*) la modalità con cui essa è stata raggiunta; *c*) il trauma operatorio.

Succede non raramente di veder accomunati, quali esempi di simpatectomie, interventi svariati, che effettivamente hanno valori funzionali molto diversi: ganglionectomie, ramicotomie, simpatectomie periarteriose, resezioni arteriose, blocchi novocainici del simpatico, centrali e periferici.

Chi abbia una anche approssimativa cognizione di questo argomento sa che così ragionando si rischia di creare delle gravi confusioni.

Quando si voglia ottenere una simpatectomia totale e permanente di un dato arto è necessario procedere a delle simpatectomie pre o postgangliari o miste secondo dati anatomici e fisiologici ben noti.

È preferibile eseguire una simpatectomia prepangliare, onde evitare il pericolo di recidive dovute alla speciale sensibilità della fibrocellula muscolare vascolare enervata rispetto agli ormoni simpatico-minetici. Queso speciale argomento è stato da noi e da SOVENA trattato in recenti lavori.

Per l'arto inferiore la migliore simpatectomia sembra consistere nella asportazione del 2° ganglio lombare, al quale arrivano le ultime fibre prepangliari per l'arto inferiore.

Un esempio della insufficenza di alcune simpatectomie è quello, che Vi mostro; si tratta di un segmento del simpatico lombare, formato dai gangli 2° e 3°, ed dal cordone, che li riunisce. È stato di recente rimosso da un paziente, già operato altrove di simpatectomia lombare destra per gravi disturbi vascolari del piede a tipo gangrenoso.

Questo esempio di enervazione simpatica incompleta, che è ben lungi dall'essere l'unico nella casistica dei pazienti da noi rioperati, viene citato con questo solo scopo: che come non è lecito mettere nel medesimo sacco procedimenti (come quelli sopra citati) funzionalmente molto diversi, così non possono essere addossati a un dato metodo di cura gli insuccessi, che sono piuttosto da attribuire alla incompletezza del trattamento.

Il trauma operatorio è pure un fattore di cui va tenuto conto, quando si voglia stabilire la indicazione e la prognosi. Chè, se la simpatectomia lombare nella t.a.o. rappresentasse veramente un intervento di una certa gravità, la sua indicazione, solo per questo fatto, andrebbe notevolmente ristretta.

Basandoci sulla nostra esperienza (che oggi si riferisce a centinaia di casi) possiamo obiettivamente affermare che la simpatectomia lombare per via extraperitoneale, o con taglio a graticcio, o con taglio sottocostale, può essere definita come intervento ben sistematizzato, rapido, non traumatizzante, affatto pericoloso.

Se l'intervento è bilaterale, noi lo eseguiamo di solito in due tempi, a distanza di circa 10 giorni l'uno dall'altro. Eccezionalmente abbiamo praticato, senza inconvenienti, in una sola seduta, la ganglionectomia lombare bilaterale sempre per via extraperitoneale. Ve ne volevo mostrare un esempio in un paziente (un geometra di Tivoli), che all'ultimo momento non ha potuto venire a Roma. Il paziente, sofferente di gravi disturbi ischemici a carico dei due piedi, fu operato bilateralmente nella stessa seduta, e *potè essere dimesso dall'Ospedale dopo una quindicina di giorni. La totale scomparsa dei sintomi morbosi data ormai da più di* 8 *anni.*

E veniamo ad un altro punto. È stato affermato che nelle forme gravi di t.a.o. con fenomeni gangrenosi già in atto la simpatectomia lombare non solo non sarebbe in grado di ristabilire l'equilibrio circolatorio, o la

vasodilatazione sarebbe solo transitoria, ma potrebbe indurre dei rapidi peggioramenti (gangrene massive della gamba), e talora la morte.

I casi, che Vi mostrerò tra poco, saranno la migliore dimostrazione che con la ganglionectomia lombare è possibile ottenere non solo la scomparsa, *in un tempo relativamente breve,* di fenomeni ischemici gravi, con gangrena conclamata di alcune dita e di parte del piede, ma che tale scomparsa può assumere i caratteri di una vera guarigione, controllata per molti anni.

Naturalmente, anche in questi casi, anzi sopratutto in questi casi, in cui il disturbo circolatorio ha raggiunto lo stadio della gangrena, è necessario stabilire preoperativamente la indicazione. Porre cioè, accanto alla diagnosi clinica quella funzionale, la quale ci può dire, se la fenomenologia è di natura soltanto organica o anche spastica.

È evidente che una indicazione alla simpatectomia si avrà solo nel secondo caso, e sarà tanto più netta quanto maggiore risulterà il componente spastico.

Si tratta di cose ben note; ma... *repetita juvant.*

E non vi ha dubbio che la progressione della gangrena e i casi di morte ricordati vanno attribuiti ad una *errata indicazione operatoria.*

A proposito della quale io non posso non domandarmi perchè, mentre per la maggior parte delle malattie, in cui un trattamento chirurgico può essere ad un dato momento prospettato, viene posto non solo il problema della indicazione operatoria, ma anche quello del più adatto intervento, un ragionamento analogo non debba esser fatto quando si tratta di stabilire il metodo di cura più consono per una malattia così grave, e ad etiologia ancora così oscura, quale è la t.a.o.

Premesse queste brevi considerazioni, Vi presento alcuni pazienti. I primi 3, sofferenti di gravi disturbi circolatori di un piede (di tipo t.a.o.) sono stati operati nei primi mesi di quest'anno. In tutti e tre esisteva gangrena della parte interna o esterna dell'avampiede, e di almeno due dita; e tutta la fenomenologia dolorosa della malattia. Tutti e tre questi pazienti, dopo ganglionectomia lombare (associata talora a resezione dello splannico) e asportazione della zona gangrenaa, sono in via di avanzata guarigione.

Non solo locale ma anche generale: in quanto la fenomenologia dolorosa è scomparsa e le condizioni generali sono nettamente migliorate.

Le prove funzionali preoperatorie avevano dimostrato la esistenza di un componente vasospastico; e le determinazioni termometriche postoperatorie confermano la vasodilatazione verificatasi dopo la ganglionectomia.

Che poi tale vasodilatazione, nei casi operati con giusta indicazione, si mantenga anche per anni dopo l'intervento è dimostrato da questi ex

pazienti, che hanno avuto l'amabilità di presentarsi a questa Seduta dell'Accademia.

Procedendo dai casi più recenti a quelli più antichi rispetto alla data dello intervento chirurgico, comincio col mostrarVi un caso, operato più di 3 anni or sono. Si tratta di un avvocato di Napoli, in cui nel marzo 1940 fu eseguita una ganglionectomia lombare bilaterale per t.a.o. dei due piedi (con gangrena di alcune dita). Il paziente, per la intensità dei dolori aveva non solo dovuto abbandonare la professione, ma aveva dovuto ricorrere alla morfina.

*La guarigione fu rapida (in meno di 2 mesi)*, e si è mantenuta in questi 3 anni.

Il paziente ha ripreso in pieno la sua professione, ed è in grado di camminare a lungo, senza avvertire disturbi di sorta.

La cute dei piedi è elastica, liscia, asciutta; la temperatura sulle dita dei piedi è 32-31°, nè si modifica col riscaldamento riflesso, ciò che prova la completezza della enervazione vasocostrittrice.

Da notare che il *paziente è stato sempre strenuo fumatore, e lo è tuttora*. È evidente che, almeno sotto questo punto di vista, la guarigione ottenuta con la ganglionectomia lombare diversifica da quelle, che si ottengono con i vari metodi di cura medica, nei quali è *presupposto fondamentale per la riuscita della terapia e per evitare recidive la totale e costante astenzione dal fumo*. « La tua sigaretta, o la tua gamba », afferma un adagio, che rappresenta un assioma delle varie terapie mediche della t.a.o.

Il secondo paziente, un maresciallo della R. A. affetto da sintomatologia tromboangitica del piede sinistro e della mano destra, fu sottoposto nel febbraio e nel marzo 1937 a ganglionectomia lombare sin. e rispettivamente a ganglionectomia cervico-toracica destra. Scomparsa di ogni disturbo.

Nel marzo 1940 ganglionectomia lombare sin. per sintomatologia tromboantitica del piede sin.

Il paziente, a distanza di più di 6 anni dai relativi interventi, appare completamente guarito. Egli è in servizio militare.

Le prove funzionali, eseguite recentemente, dimostrano assenza della innervazione vasocostrittiva nei tre arti prima malati.

Di tipo anche più grave si presentò l'affezione vascolare nei due pazienti, che seguono.

Il primo (B. R. di Roma) fu operato nel novembre 1938, alla età di 36 anni, di simpatectomia lombare destra per t.a.o. piede destro, che presentava gangrena dell'alluce e ischemia delle altre dita. Sintomatologia dolorosa intensa.

Componente spastico di modico grado. Miglioramento temporaneo. Successivamente, per il progredire della gangrena, favorito dall'insorgere di fenomeni infettivi, si procede alla resezione subtotale della surrenale destra e in seguito alla resezione di metà della surrenale sinistra.

Guarigione lenta, dopo amputazione dell'avampiede secondo Chopart.

Nel marzo 1940, per comparsa di fenomeni tromboangiitici a carico del piede sin. simpatectomia lombare sin.: rapida guarigione.

Questa si mantiene tuttora, a distanza di circa 5, rispettivamente di 3 anni; e il paziente attende alle sue occupazioni di barista.

Il caso fu già da me presentato al Congresso della Soc. italiana di chirurgia nel 1938. In tale occasione fu fatta la giusta osservazione che si trattava di risultati ancora recenti. Attualmente si può parlare di risultati a distanza di tempo.

L'ultimo paziente, che oggi Vi presento è stato operato di simpatectomia lombare bilaterale. Il 1° intervento venne eseguito nel 1934 per tromboangite obliterante del piede destro con gangrena dell'alluce e del 5° del dito, che vennero asportati. Si ebbe guarigione in breve tempo.

Il secondo intervento risale al 1939, quando, per t.a.o. del piede sin. con gangrena di tutte le dita, fu praticata una simpatectomia lombare sinistra; successivamente una amputazione dell'avampiede sul tipo Lisfranc. Guarigione.

Anche questo paziente, a distanza di 9 e di 4 anni dalle rispettive operazioni, mantiene il suo stato di guarigione, cammina bene e senza disturbi di sorta; mentre le prove funzionali sui due piedi dimostrano la completezza della enervazione simpatica.

Questi ultimi 5 casi, che presentavano fenomeni di asfissia grave a carico di ambedue i piedi (con gangrena di alcune o di tutte le dita in tre pazienti), *sono particolarmente interessanti perchè gli intervenuti bilaterali, risalgono ormai a vari anni (da 3 a 9).*

Essi dimostrano ancora una volta che è possibile con la simpatectomia lombare ottenere delle guarigioni cliniche (spesso assai rapide) anche in casi, in cui l'eschemia è arrivata sino alla gangrena; ma anche (e ciò conta anche di più) che tali guarigioni si mantengono per molti anni; *e che anche dopo 9 anni è consentito di dimostrare la enervazione simpatica eseguita.*

Solo in uno di questi casi la simpatectomia si mostrò insufficente da un lato, e si dovette ricorrere ad interventi sulle surrenali, prima di ottenere la guarigione con mutilazione parziale del piede. (Oggi, nei

casi più gravi che dimostrano uno scarso componente spastico, completiamo la simpatecomia lombare con la resezione degli splancnici).

Queste guarigioni osservate a distanza di anni dagli interventi rispondono con la evidenza dei fatti a talune obiezioni: è infatti noto che la t.a.o. è una malattia a decorso assai vario e soggetta a remissioni anche spontanee, le quali in alcuni casi potrebbero erroneamente essere attribuite al trattamento eseguito.

Ma se la sindrome si attenua, per scomparire rapidamente, dopo una cura rapida, quale è quella chirurgica, e ciò si verifica nella maggioranza dei pazienti trattati; e quando la guarigione permane per anni, allora si ha ragione di credere che il trattamento sia efficace.

Quando poi con le prove funzionali si può stabilire che, a distanza di anni, l'estremità dimostra ancora segni della enervazione simpatica, è lecito anche affermare che la supposta transitorietà di questa enervazione, sostenuta da alcuni, non corrisponde alla realtà.

RIASSUNTO. — L'A. dimostra alcuni risultati recenti, e vari risultati lontani (fino a 9 anni) ottenuti a mezzo della simpatectomia lombare in casi di tromboangite obliterante grave degli arti inferiori.

Mette, fra l'altro, in evidenza l'importanza del fattore « indicazione operatoria ».

351008